

AperTO - Archivio Istituzionale Open Access dell'Università di Torino

DISUGUAGLIANZE SOCIALI DI SALUTE. DIFFERENZE BIOGRAFICHE INCISE NEI CORPI.

This is the author's manuscript

Original Citation:

Availability:

This version is available <http://hdl.handle.net/2318/27794> since

Terms of use:

Open Access

Anyone can freely access the full text of works made available as "Open Access". Works made available under a Creative Commons license can be used according to the terms and conditions of said license. Use of all other works requires consent of the right holder (author or publisher) if not exempted from copyright protection by the applicable law.

(Article begins on next page)

Mario Cardano

DISUGUAGLIANZE SOCIALI DI SALUTE. DIFFERENZE BIOGRAFICHE INCISE NEI CORPI

Uno studio pubblicato su un'autorevole rivista epidemiologica affronta un tema che, almeno di primo acchito, non può che apparire curioso: la relazione fra dimensione e fasto delle pietre tombali e la longevità di coloro che, sotto quelle pietre, hanno trovato la loro ultima dimora (Davey Smith *et al.* 1992). L'ambientazione è quella tipica di un film dell'orrore: siamo a Glasgow, a passeggio nei tre maggiori cimiteri della città, dove, l'uno accanto all'altro, campeggiano lunghe file di obelischi commemorativi, edificati indulgendo alla passione per l'Egitto che caratterizzava i cimiteri vittoriani del XIX secolo. La relativa standardizzazione di questa peculiare arte funeraria offre agli autori l'opportunità di identificare con una procedura semplice e accurata la relazione che lega le condizioni economiche dei defunti e la loro longevità, misurando la prima con l'altezza delle pietre tombali e la seconda, più banalmente, desumendola dalle iscrizioni incise nella pietra¹. L'attenzione cade sugli obelischi che commemorano decessi avvenuti fra il 1801 e il 1920: sono 843, dedicati a 1.349 persone (725 uomini e 624 donne). Al netto dell'eterogeneità dei fasti imputabile al variare delle condizioni economiche congiunturali², emerge che la longevità, rispettivamente per uomini e donne, cresce di 2 e 3 anni per ogni metro di altezza degli obelischi³. Al

La prima stesura di questo saggio è stata letta e commentata da Giuseppe Costa, Angelo d'Errico e Monica Greco, ai quali devo importati indicazioni di cui ho cercato di tener conto nella versione definitiva del lavoro. A loro va il mio ringraziamento, assieme a quello per i referee anonimi della rivista.

¹ Il modello statistico messo a punto dagli autori considera anche il pregio dei materiali impiegati per la costruzione degli obelischi: granito, marmo, pietra arenaria. L'impatto della qualità dei materiali risulta coerente con le attese (la longevità, a parità di tutte le altre condizioni, cresce con il pregio dei materiali) ma non è statisticamente significativo.

² Una variabilità di cui il modello statistico tiene conto includendo fra i regressori l'anno del decesso (Davey Smith *et al.* 1992, 1555, tab. VIII).

³ Per maggior precisione, l'incremento unitario dell'altezza degli obelischi

riguardo occorre notare come le disuguaglianze di salute osservate si riferiscono a una specifica sottopopolazione, dalla quale sono esclusi i poveri, cui non è concesso il privilegio di un obelisco commemorativo. Siamo dunque in presenza di disuguaglianze che chiamano in causa dotazioni e «privazioni relative» (*sensu* Runciman 1972) e non già assolute; privazioni tipiche delle società contemporanee o almeno di quelle insediate nell'Occidente del mondo (Davey Smith *et al.* 1992, 1556).

La relazione osservata nei cimiteri di Glasgow, relativa a una specifica coorte, trova conferma negli studi più recenti condotti in Europa e, più in generale, nei paesi industrializzati. A partire dalla seconda metà di questo secolo, in gran parte dei paesi industrializzati le statistiche sullo stato di salute della popolazione documentano la presenza di due tendenze contraddittorie: la crescita generalizzata della speranza di vita e il progressivo inasprirsi delle disuguaglianze di mortalità e morbosità che separano gli individui in ragione della loro classe sociale. Mentre cresce la speranza di vita *media*, cresce, sul medesimo parametro, la *distanza* tra le classi sociali. Muovendo dalle classi sovraordinate verso quelle subordinate la speranza di vita tende a contrarsi con un andamento regolare⁴.

Tutto questo accade in uno scenario caratterizzato da profonde trasformazioni demografiche ed epidemiologiche (Vågerö 1991). Lo scorso secolo, in Europa, si è potuta osservare una rilevante riduzione dei tassi di mortalità generale e, soprattutto, dei tassi di mortalità infantile. La riduzione della mortalità generale (transizione demografica) è stata accompagnata da un sensibile mutamento nel profilo della mortalità specifica, delle principali cause di morte (transizione epidemiologica). A dispetto di tutto ciò le disuguaglianze sociali di salute mostrano una peculiare persistenza, un'inerzia sociologica (ivi, 367) che si impone alla nostra attenzione.

Siamo dunque in presenza di «macro-correlazioni» (Goldthorpe 2000) la cui solidità empirica non pare possa essere messa in discussione; si tratta, tuttavia, di relazioni il cui significato è tutt'altro che autoevidente (Pearlin *et al.* 2005). Se non sembra difficile smontare l'obiezione più pesante, che porta a qualificare le relazioni osservate come

espresso in metri si traduce in una crescita della longevità pari a 1,93 anni per gli uomini e a 2,92 per le donne (Davey Smith *et al.* 1992, 1555).

⁴ Un'adeguata documentazione del fenomeno può essere rintracciata in Marmot e Wilkinson (1999) e Mackenbach *et al.* (2003). A una rassegna delle disuguaglianze sociali di salute in Italia è dedicato il supplemento di «Epidemiologia e prevenzione» n. 28/2004, *Disuguaglianze di salute in Italia*, a cura di Giuseppe Costa, Teresa Spadea e Mario Cardano.

nulla più di un artefatto statistico⁵, per una maggior intelligenza di queste relazioni diventa indispensabile inscrivere all'interno di una cornice teorica che qualifichi la natura del legame fra posizione sociale e salute e possa, con ciò, orientare le politiche di contrasto delle disuguaglianze di salute. Questo saggio passerà in rassegna le principali ipotesi esplicative elaborate per dar conto delle disuguaglianze di salute. Ho raccolto le diverse argomentazioni esplicative in tre rubriche che richiamano altrettanti luoghi teorici (ed etici): le spiegazioni genetiche o naturalistiche, quelle che chiamano in causa gli stili di vita e, da ultimo, quelle che dirigono l'attenzione verso i contesti ecologici e sociali di vita. Si tratta di spiegazioni elaborate all'interno di un territorio che vede incontrarsi, talvolta scontrarsi, molto più spesso ignorarsi, due diverse forme di sapere, quello delle scienze sociali e quello delle scienze biomediche⁶. Nel presentare le tre classi di spiegazioni ho scelto deliberatamente di non enfatizzare le differenze di matrice disciplinare, in parte riconoscibili dalla natura delle argomentazioni e dall'affiliazione dei loro estensori. A ciascuna classe di spiegazioni ho dedicato una concisa presentazione critica (che ovviamente tradisce le mie preferenze), cercando innanzitutto di mettere a fuoco il contributo che la sociologia può offrire su questo terreno.

1. *Vizi di origine: le spiegazioni naturalistiche*

Com'è noto, la correlazione statistica fra due grandezze attesta nulla più che la loro variazione congiunta, affidando alla teoria il compito di sovrapporre all'associazione osservata un'interpretazione causale che attribuisca a una variabile il ruolo di causa e all'altra quello di effetto⁷. Sotto questo profilo, le spiegazioni naturalistiche hanno in comune una

⁵ Questo genere di obiezione viene avanzata da Jones e Cameron (1984) in relazione alle statistiche di mortalità elaborate a partire dal *Registrar General's Social Class Classification*, un sistema di classificazione ateoretico, sottoposto nel corso degli anni a numerosi aggiustamenti *ad hoc*. L'argomento di Jones e Cameron non può, tuttavia, essere applicato alla documentazione empirica più recente desunta da altre fonti statistiche e, soprattutto, guidata da specifici assunti teorici.

⁶ Per una raffigurazione, quasi *in vivo*, del dibattito fra scienze sociali e scienze biomediche si veda Vineis *et al.* (2007).

⁷ Talvolta l'ordinamento temporale delle variabili in causa sostiene la scelta teorica che il ricercatore è comunque chiamato a fare: se si dà una correlazione fra sesso e orientamento politico è più sensato immaginare che sia la prima variabile a determinare la seconda e non il contrario. Tuttavia, nel caso della correlazione fra posizione sociale e stato di salute questa risorsa non sembra impiegabile.

specifica lettura delle macro-correlazioni di cui ci occupiamo in queste pagine: lo stato di salute viene indicato come la causa e non già come la conseguenza della posizione sociale ricoperta dagli individui. All'interno di questo insieme di spiegazioni possiamo distinguere due varianti, una ingenua (ma di certo non innocente), l'altra più sofisticata. La variante che ho etichettato come ingenua attribuisce le disuguaglianze di salute a profonde e irriducibili differenze genetiche, riconoscibili fra coloro che vivono più a lungo e in buona salute e coloro cui tocca una sorte peggiore. La qualità del patrimonio genetico o, se si preferisce, del capitale genetico, determina qui *sia* lo stato di salute, *sia* la posizione sociale, riservando il meglio dell'una e dell'altra ai soggetti geneticamente meglio equipaggiati. La variante più sofisticata articola questa linea argomentativa, indicando nei processi di mobilità sociale il meccanismo che traduce le risorse di salute in risorse sociali.

Lo spettro di Darwin che intravediamo aggirarsi in questo contesto teorico (cosa meglio si adatta a un nebbioso cimitero scozzese?) porterebbe ad ascrivere questa linea argomentativa al dominio delle scienze naturali. Non è così, o almeno, non è così se si è disposti a riconoscere alla sociobiologia lo statuto di una disciplina sociologica. Nato negli anni settanta nella prestigiosa Università di Harvard, questo approccio teorico si propone di individuare le basi biologiche del comportamento umano, ricondotto, in ultima istanza, alla dotazione genetica degli individui, o meglio, ai geni, veri e unici protagonisti dell'umana commedia: «i geni sono immortali... individui e gruppi altro non sono che nuvole nel cielo o tempeste di sabbia nel deserto» (Dawkins 1976, 36). Sono dunque i geni a tenere le fila della società e della storia, di cui inverano le sorti ricorrendo accidentalmente a questo o a quell'altro individuo. Tutto ciò si traduce in un'esplicita legittimazione dello *status quo* e, per quel che ci riguarda, delle disuguaglianze di salute, imputabili a un oscuro processo di selezione naturale che conduce all'affermazione dei geni più adatti e, per loro tramite, degli individui più adatti. Sulla solidità empirica di questa grande sintesi riduzionistica sono stati avanzati numerosi dubbi che conducono a qualificare la sociobiologia come una disciplina solo apparentemente biologica, lacunosa nell'illustrazione dei meccanismi biologici che danno forma alla società (si vedano Benton 1991 e Connell 1987, citati da Shilling 2003, 46).

Certo è che, applicata al tema delle disuguaglianze sociali di salute, la spiegazione genetica non ha dato buona prova di sé. Due ricerche, commentate da Wilkinson (1996, 61) hanno contribuito a porre in forse la plausibilità dell'ipotesi genetica. La prima, condotta da Kelleher *et al.* (1990) ha documentato, attraverso un'analisi della relazione tra gruppo

sanguigno e classe sociale, l'assenza di significative differenze genetiche tra le classi. La seconda, uno dei pochi studi giunto a conclusioni di segno opposto, ha rilevato come il gruppo sanguigno associato con le più elevate prestazioni cognitive fosse più comune tra gli individui delle classi subordinate (Mascie-Taylor 1990). La plausibilità dell'ipotesi genetica è altresì posta in forse da un altro argomento, riferito a uno dei più rilevanti eventi epidemiologici di questo secolo, la cosiddetta transizione epidemiologica. Questa locuzione designa il passaggio da una fase storica nella quale le malattie infettive costituivano la principale causa di morte della popolazione a una successiva – l'attuale – in cui la principale causa di morte è costituita dalle malattie degenerative. Con la transizione epidemiologica – questo è l'aspetto che ha rilievo – le cosiddette malattie dell'opulenza, principali responsabili della mortalità delle classi sovraordinate, diventano progressivamente «le malattie dei poveri che vivono nelle società opulente» (Wilkinson 1996, 43). Un fenomeno, quest'ultimo, che mette in dubbio l'ipotesi di una diversa suscettibilità alla malattia, imputabile al corredo genetico proprio di ciascuna classe sociale.

Debole sul piano empirico, questa prima variante delle spiegazioni naturalistiche si configura come una mera difesa dello *status quo*, che, con Shilling, ripropone in un gergo scienziato il mito platonico delle tre classi: aurea, argentea e ferro-bronzea, ma con una differenza non trascurabile: mentre Platone qualificava quel mito come una «nobile menzogna», i sostenitori della spiegazione genetica gli tributano gli onori della scienza (Shilling 2003, 60-61).

La variante più sofisticata delle spiegazioni naturalistiche è nota nella letteratura – perlopiù epidemiologica – come *health selection hypothesis* o *drift hypothesis*⁸. Qui il *primum mobile* non è più il patrimonio genetico degli individui, quanto piuttosto il loro capitale di salute, in parte ricevuto in dote alla nascita, in parte costruito e dissipato nel corso della vita. È dunque in ragione del loro patrimonio di salute che gli individui accedono in modo differenziale alle diverse posizioni sociali e si muovono fra esse, salendo o discendendo lungo la scala sociale *anche* e talvolta soprattutto in ragione dell'ammontare di questa risorsa. L'interpretazione più diffusa di questa ipotesi, affermata con la pubblicazione del *Black Report*⁹ (Townsend e Davidson 1982), ha colto nelle sue pieghe

⁸ Questa ipotesi si è profilata nella letteratura scientifica sin dagli anni trenta del secolo scorso. Tra gli studi che hanno contribuito alla formulazione dell'ipotesi di selezione occorre ricordare qui Perrott e Collins (1935); Lawrence (1948); Illsley (1955); Meadows (1961).

⁹ Questo volume costituisce il primo resoconto sistematico sull'ampiezza e sui determinanti delle disuguaglianze sociali di salute nel Regno Unito.

un argomento teso a negare il rilievo etico e politico delle disuguaglianze sociali di salute. Se è lo stato di salute degli individui a determinare la posizione sociale che verrà loro riservata, le differenze di salute che separano gli individui in ragione della loro collocazione sociale non possono essere interpretate come ingiuste o, quantomeno, la fonte di questa ingiustizia non può essere identificata nella società quanto piuttosto in una cinica lotteria naturale che assegna a taluni una buona salute per negarla ad altri. Da qui la necessità – scientifica ed etica – di valutare la portata dei flussi di mobilità sociale condizionati dallo stato di salute, di capire qual è il contributo alla strutturazione delle disuguaglianze di salute attribuibile a questa forma più sofisticata di selezione darwiniana.

Su questo tema si contano numerosi contributi, teorici alcuni, empirici altri (si vedano, ad esempio Stern 1983; West 1991; Blane *et al.* 1993). A una stima puntuale del contributo dei processi di mobilità sociale condizionata dallo stato di salute nella strutturazione delle disuguaglianze sociali di salute è dedicato un mio recente lavoro, condotto su una base dati longitudinale – lo Studio longitudinale torinese¹⁰ – che consente di osservare su una popolazione numerosa il procedere in parallelo delle traiettorie professionali e di salute (Cardano *et al.* 2004). Dallo studio, cui si rinvia per i dettagli metodologici, emerge, tra gli uomini così come tra le donne, una relazione stretta fra stato di salute e processi di mobilità. Lo stato di salute degli individui influenza le loro possibilità di mobilità occupazionale e contribuisce, attraverso i processi di mobilità condizionata dalla salute, alla strutturazione delle disuguaglianze di salute osservate nella popolazione. Ma in che misura? Ebbene, l'esercizio condotto, considerando sia i flussi di mobilità discendente, sia i processi di espulsione dal mercato del lavoro, nelle forme del pensionamen-

¹⁰ Lo Studio longitudinale torinese (SlT) è un sistema informatizzato di sorveglianza della mortalità e della morbosità della popolazione torinese. SlT raccoglie tutti i soggetti residenti a Torino che risultano censiti almeno una volta negli anni 1971, 1981, 1991 o 2001. Per ciascun individuo l'archivio contiene le informazioni sociodemografiche rilevate in almeno uno degli ultimi quattro censimenti della popolazione, abbinate – per mezzo di una procedura di raccordo, individuo per individuo, delle informazioni contenute in diversi archivi (*record linkage*) – a informazioni di fonte anagrafica e sanitaria. Lo studio cui si fa riferimento nel testo è stato condotto prendendo nota dei processi di mobilità intergenerazionale avvenute all'interno e nell'intorno (espulsione per pensionamento o disoccupazione) fra il 1981 e il 1991 e, per il medesimo decennio, dei ricoveri ospedalieri impiegati come indicatore dello stato di salute. Da ultimo, le disuguaglianze sociali sono state rilevate prendendo nota della mortalità della popolazione osservata nel periodo 1991 e il 1999. L'attenzione è caduta sui soggetti in età compresa tra 25 e 49 anni, occupati alla rilevazione censuaria del 1981 e ancora residenti a Torino al censimento del 1991 (N = 127.384).

to precoce o della disoccupazione, offre una stima di questa misura, pari al 13% per gli uomini e al 23% per le donne. Si tratta, con tutta probabilità, di una stima generosa calcolata a partire da due indicatori molto sensibili, che hanno preso nota dei più minuti spostamenti su una scala di desiderabilità sociale delle occupazioni e di tutte le forme di compromissione della salute che hanno richiesto un ricovero ospedaliero, con la sola eccezione dei parti (Cardano *et al.* 2004, 1572). Tutto ciò autorizza l'interpretazione dei risultati ottenuti come stime del contributo *massimo* alla strutturazione delle disuguaglianze sociali di salute imputabile ai processi di mobilità sociale condizionata dalla salute¹¹.

Abbiamo, dunque, tutti gli elementi necessari per prendere congedo da questa classe di spiegazioni, cui con buone ragioni possiamo negare l'autosufficienza, indebolendone con ciò la carica etica. Le differenze di salute sembrano dunque conservare il loro *status* di disuguaglianze, sollevando problemi etici che il riduzionismo delle spiegazioni naturalistiche non riesce a dissolvere.

2. *Cattive abitudini. Le spiegazioni che chiamano in causa gli stili di vita*

Nella seconda rubrica rientrano le spiegazioni che chiamano in causa i comportamenti individuali o, più correntemente, gli stili di vita degli individui. In questa prospettiva le disuguaglianze sociali di salute si configurano come l'effetto aggregato delle diversa propensione degli individui ad adottare stili di vita insalubri, caratterizzati, ad esempio, da abitudini al fumo, sovraconsumo di alcool, dieta e attività fisica inadeguate¹².

¹¹ Sull'appropriatezza di questa interpretazione Angelo d'Errico, in una comunicazione personale, ha espresso le proprie riserve, invitandomi a considerare come una buona parte delle malattie invalidanti, quali, ad esempio le patologie muscolo-scheletriche, quelle respiratorie e i disturbi mentali vengano di norma trattate con uno scarso ricorso all'ospedalizzazione. Queste patologie, di fatto, sfuggono alla procedura di stima della morbosità impiegata nello studio descritto nel testo, ponendo in forse la sua sensibilità, vale a dire la sua capacità di classificare come malati la più parte di coloro che sono tali. Meno controverse restano invece le riflessioni sulla sensibilità della procedura di rilevazione della mobilità sociale, che – per le informazioni disponibili – tiene traccia anche dei più minuti movimenti.

¹² A questi quattro pilastri delle spiegazioni modellate sulla nozione di stile di vita si posso aggiungere anche altri comportamenti riconducibili ai territori della sessualità e delle dipendenze. Nella prima voce si può far rientrare la cosiddetta promiscuità sessuale (Kinsman 1996), nella seconda la dipendenza da psicofarmaci, quando il loro ricorso non sia motivato da robuste ragioni cliniche (Wilkinson 1996, 187) o da droghe.

Si tratta di differenze che – di fatto – risultano associate alla collocazione sociale degli individui, documentate dalle macro-correlazioni fra stato di salute e posizione sociale da cui siamo partiti nella nostra riflessione¹³. Queste spiegazioni si basano su un insieme di assunti teorici ed etici discutibili, o che, almeno, è opportuno discutere.

Il primo assunto attiene a una specifica raffigurazione della salute come responsabilità personale, e illustra in modo particolarmente eloquente una disposizione che Rose (1993) attribuisce alle società liberali avanzate: il governo degli individui (la «governamentalità») ottenuto non già attraverso la società, ma attraverso le «scelte regolate dei singoli cittadini». Si tratta, detto altrimenti, dell'esercizio di un potere disciplinare che costituisce, per così dire, il lato oscuro delle politiche di capacitazione (*empowerment*) dei cittadini, eletti a clienti, ma anche gravati della responsabilità del proprio autogoverno alla luce di norme di civilizzazione, sorvegliate da un sapere esperto che presiede alla «disciplina dei corpi» e alla «biopolitica delle popolazioni» (Rose 1993; Greco 1998). Ciò si lega al secondo assunto che, insistendo sul medesimo terreno attraversato frettolosamente più sopra, riconduce – *de facto* e non solo *de jure* – lo stato di salute agli esiti di scelte individuali. La salute diviene qui l'argomento di una specifica funzione di utilità che ciascun individuo tenderebbe a massimizzare, in piena sintonia con la teoria della scelta razionale. Mi soffermerò principalmente su quest'ultimo corno della questione: la salute come scelta.

Comincio col dire che, a mio giudizio, la salute (così come il suo complemento: la malattia) molto spesso è un esito non intenzionale di esperienze – fatte di capacità di agire (*agency*), ma anche di passività (*passivity*) – condotte con finalità che non includono la salute fra i propri obiettivi o la malattia fra i propri costi¹⁴ (Turner 2004, 8). A dispetto dell'adagio partenopeo, gli individui pensano alla salute solo con discontinuità e progettano il loro agire guidati da altri numi¹⁵. Roseto, a questo

¹³ Gli studi che, nel nostro paese e altrove, danno conto di queste macro-correlazioni sono numerosi e ben documentati (Vannoni 2004). Mi limiterò a citare le statistiche tratte dall'ultima Indagine multiscopo sulla salute condotta dall'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2008). Nel rapporto la posizione sociale degli individui viene espressa in modo compatto dal titolo di studio; dall'esame della relazione fra titolo di studio e stili di vita emerge come siano le persone dotate di minor scolarità a mostrare maggior propensione al fumo, all'abuso di alcol e all'adozione di regimi alimentari impropri (Vannoni *et al.* 2008a; 2008b).

¹⁴ Proprio per questo è comune qualificare l'esperienza della malattia severa come una «rottura biografica» (Bury 1982; 2001) che sorprende chi ne fa esperienza.

¹⁵ Fanno eccezione in tal senso coloro che hanno fatto della salute l'oggetto

proposito è un esempio eloquente (Turner 2004, 4 ss.). Roseto è una piccola cittadina della Pennsylvania, meta di consistenti flussi migratori di italoamericani e, cosa più importante, oggetto di un accurato studio epidemiologico. A Roseto, vuoi per la dieta mediterranea, vuoi per la peculiare coesione sociale fra i concittadini, si è potuta osservare una sensibile protezione della popolazione dalle malattie cardiovascolari. Tuttavia, coloro che decisero di fare di Roseto la meta del proprio progetto migratorio non furono orientati da questo esito: non si insediarono a Roseto per poter contare su una buona protezione dalle patologie cardiovascolari. Più in generale, si può osservare come l'impatto delle nostre scelte di vita sulla salute si dispone su un orizzonte temporale relativamente esteso, e che di norma la progettazione del nostro agire (quando lo progettiamo) considera orizzonti più stretti, che si contraggono ulteriormente muovendo dalla cima alla base della scala sociale.

Sempre sul piano delle scelte è opportuno ribadire come questa forma di capacità di agire è innestata nella biografia degli individui, il che fa sì che le loro scelte attuali dipendano, in buona misura, dalle scelte operate in passato, divenute parte della loro corporeità (*embodied*), ma anche da scelte che altri hanno fatto per loro e, più in generale dal contesto in cui l'esercizio della scelta razionale viene svolto. Ciò si lega direttamente al secondo aspetto critico relativo alle spiegazioni in base alla categoria «stile di vita». Per alcune persone l'adozione di stili di vita insalubri non costituisce l'esito di una scelta, ma la conseguenza di un vincolo. È il caso di coloro che vivono una condizione di povertà, intesa principalmente come privazione assoluta (Kawachi *et al.* 2002, 649-650). Va da sé, in questo caso, che sono innanzitutto i vincoli economici a imporre, ad esempio, un regime alimentare inadeguato. Le privazioni che caratterizzano l'esperienza della povertà aggrediscono lo stato di salute degli individui anche lungo un altro itinerario, che chiama in causa i cosiddetti determinanti psicosociali. Per fronteggiare lo stress cronico (Brunner e Marmot 1999) che accompagna l'esperienza della povertà, chi ne fa le spese ricorre agli strumenti accessibili nel contesto sociale in cui vive¹⁶. Alcool, sigarette, cibo consolatorio – il *comforting food* di cui parla Wilkinson (1996) – rientrano di norma fra le misure impiegate, impropriamente, per fronteggiare la tensione che insiste su chi attraversa questo difficile passaggio. Graham (1995) documenta il ricorso a questa strategia fra le giovani donne delle classi privilegiate, che ricorrono al

di una religione civile che pone al centro il corpo e la sua integrità, il cosiddetto salutismo.

¹⁶ Sul tema dello stress cronico tornerò nelle pagine che seguono.

fumo per fronteggiare le incertezze economiche e sociali che gravano sulla loro famiglia e, soprattutto, sui loro figli. Compromettendo la propria salute, queste donne si sentono più attrezzate nel prendersi cura dei loro figli e della loro famiglia.

Tralasciando per un momento le obiezioni avanzate più sopra, resta da affrontare quello che – a mio giudizio – è il principale limite epistemico di queste teorie. Se è vero che le differenze nello stato di salute discendono dalle diversa propensione degli individui ad adottare stili di vita insalubri, che cosa dà conto della fatale attrazione fra le cattive abitudini e i pioli più bassi della scala sociale? Perché al crescere del prestigio e del potere degli individui si contrae la propensione ad adottare stili di vita insalubri? Scartata la via naturalistica che porterebbe a inscrivere nel patrimonio genetico degli individui *anche* queste cattive abitudini, quel che sembrava essere una spiegazione risulta poco più di una tautologia: le disuguaglianze di salute sono determinate dai comportamenti che le generano. Il problema, tuttavia, non è solo epistemico: le spiegazioni basate sulla nozione di stili di vita, di fatto, finiscono per attribuire la colpa delle disuguaglianze di salute a coloro che, più di altri, ne fanno le spese. E, si badi, non è solo una questione rilevante sul piano del dibattito etico: questa peculiare colpevolizzazione della vittima ha rilevanti implicazioni sociali ed epidemiologiche che cercherò di illustrare in relazione a due casi emblematici, l'Aids e l'obesità, casi che insistono su due ambiti caldi della nostra esistenza: il sesso e il cibo.

Il caso dell'Aids ci dà l'opportunità di osservare un esito rilevante dell'attribuzione agli individui della responsabilità della propria salute. Ci accompagna in questa riflessione un saggio di Kinsman (1996) dedicato alle politiche di governo dell'Aids in Ontario, nel Canada. Una delle conseguenze più rilevanti di queste politiche riguarda l'emergere preoccupante di un insieme di distinzioni, tanto nella rappresentazione dell'Aids quanto nelle pratiche cliniche, che costituiscono una patente violazione del precetto dell'indifferenza alle caratteristiche del paziente proprio dell'etica medica¹⁷. La prima distinzione separa le persone affette da Aids in due categorie, «colpevoli» e «innocenti» (ivi, 395). Nella prima rientrano coloro che hanno contratto la malattia attraverso rapporti sessuali (per lo più omosessuali) o con lo scambio di siringhe; nella se-

¹⁷ Su questo aspetto ha attirato la mia attenzione la relazione di Sandro Spinsanti presentata nell'ambito della sessione plenaria teorica interdisciplinare «Comprendere le disuguaglianze di salute: una pluralità di prospettive disciplinari», parte del convegno internazionale «Salute e disuguaglianze sociali», organizzato a Pescara (23-25 novembre 2006) dalla sezione di Sociologia della salute e della medicina-Associazione italiana di sociologia.

conda coloro che l'hanno contratta a seguito di una trasfusione¹⁸. Per i «colpevoli» l'*Ontario Health Protection and Promotion Act* prevede misure che spostano l'area di intervento dall'ambito sanitario a quello giuridico, quali ammende e misure di restrizione della libertà (ivi, 396). La seconda distinzione, in parte sovrapposta alla precedente, discende dall'identificazione di una specifica popolazione a rischio nella comunità gay, entro la quale discorsi e pratiche si orientano diversamente in base all'opposizione fra «omosessuali responsabili e rispettabili e omosessuali irresponsabili, irregolari, raffigurati come attivisti di campagne contro la normalizzazione familiare dei rapporti omosessuali e a favore della promiscuità sessuale» (ivi, 401, *traduzione dell'autore*).

L'idea di colpa, unita a quella di pena, richiama alla memoria il processo pubblico che vede alla sbarra un uomo accusato del crimine di tubercolosi polmonare, descritto da Butler (1872). «Erewhon», inverso (lievemente mutato per ragioni eufoniche) di *no where*, è il nome di una località immaginaria, una sorta di mondo alla rovescia nel quale perdere la salute costituisce una fra i reati più gravi, come documenta la sentenza pronunciata dal giudice in un processo per tubercolosi.

Imputato alla sbarra, siete stato accusato del grave crimine di tubercolosi polmonare, e dopo un processo imparziale di fronte a una giuria di vostri concittadini, siete stato riconosciuto colpevole. Non ho nulla da opporre contro la giustizia del verdetto. Le prove contro di voi sono schiaccianti, e non mi resta che emettere una sentenza conforme ai dettami di legge. Questa sentenza deve essere severissima... Il vostro caso non è degno di compassione: questo non è il vostro primo reato: avete vissuto una vita criminale, approfittando della clemenza dimostrata in altre occasioni per trasgredire ancora più gravemente alle leggi e alle istituzioni del vostro paese. L'anno scorso siete stato condannato per bronchite aggravata; e vedo che, benché abbiate solo ventitré anni, siete stato in carcere almeno quattordici volte per malattie più o meno odiose... Avete un bel dire che siete nato da genitori malaticci, e che nella vostra infanzia un grave incidente ha minato definitivamente la vostra costituzione; scuse simili sono sempre il rifugio dei criminali; ma esse non potranno mai essere ascoltate dalla giustizia... Mi direte che siete criminale per disgrazia: e io vi risponderò che la vostra colpa è di essere disgraziato (Butler 1872, trad. it. 2004, 85-87).

Lasciamo Erewhon per tornare in un mondo non alla rovescia, ma non per questo meno ostile nei confronti delle persone che – si dice –

¹⁸ Nel film *Philadelphia* di Jonathan Demme (1993), le due figure del malato di Aids sono efficacemente rappresentate nella contrapposizione fra il protagonista Andrew Beckett (interpretato da Tom Hanks), un giovane avvocato che ha contratto la malattia nel corso di un rapporto omosessuale impersonale e Melissa Benedict (interpretata da Kathryn Witt), un'impiegata più matura ammalata in seguito a una trasfusione.

devono al loro stile di vita dissoluto la loro (presunta) cattiva salute: le persone sovrappeso¹⁹. A giudicare dall'attenzione riservata a questo tema dai mezzi di comunicazione di massa, si potrebbe dire che l'obesità sia diventata la più importante emergenza sanitaria dei paesi avanzati. In Gran Bretagna, dove il problema è percepito con maggior apprensione, non passa giorno senza che sui giornali o in televisione non venga ricordato a tutti coloro che – come me – non hanno un indice di massa corporea al di sopra di ogni sospetto i rischi che corrono se non decidono di abbracciare una dieta drastica che consenta loro di perdere peso. Ecco dunque che la crociata (Monaghan 2005, 304) contro l'obesità si trasforma rapidamente in una campagna aggressiva e stigmatizzante nei confronti delle persone in sovrappeso, un atteggiamento che porta la dietologa Aphramor (2005) a denunciare la presenza di una pesante discriminazione nei confronti delle persone che hanno dimensioni o peso superiori a quanto previsto dalla norma: un esempio più che mai eloquente di colpevolizzazione della vittima. Nel caso in specie il peso dello stigma si fa particolarmente evidente, data la visibilità dei segni che portano inequivocabilmente a qualificare le persone sovrappeso come pigre, avide, autoindulgenti (Rich e Evans 2005).

Ebbene, le cose stanno esattamente come le dipingono le campagne di educazione sanitaria, anche le meglio intenzionate? Davvero il problema si esaurisce in una semplice partita doppia, dove da una parte si annotano le calorie ingerite con il cibo e dall'altra quelle consumate con l'esercizio fisico? Questa raffigurazione del corpo come una macchina à la La Mettrie è la sola possibile?

Forse no, almeno a quanto sostiene con buone ragioni Aphramor individuando almeno altre tre spiegazioni alternative al sovrappeso, che, mentre sollevano la vittima da improprie responsabilità, scalfiscono lo smalto delle spiegazioni delle disuguaglianze basate sul concetto di stile di vita. La prima spiegazione risale alla vita intrauterina, richiamando un peculiare *cross career effect* (Olagnero 2004) che lega i destini di due generazioni: madri e figli. Si tratta della *thin-fat baby syndrome* che lega la propensione all'accumulazione del grasso addominale alle privazioni alimentari subite nel corso della vita intrauterina (Aphramor 2005, 324-

¹⁹ Per una problematizzazione del nesso fra obesità e cattiva salute, si vedano Flegat *et al.* (2005) e Lee *et al.* (1999). Quest'ultimo documenta come, in un campione di 22.000 soggetti, gli uomini obesi ma in buona forma fisica mostravano tassi di mortalità per malattie cardiovascolari e per tutte le cause assimilabili a quelli degli uomini magri e in forma e inferiori a quelli degli uomini magri, ma non in forma. Ho tratto il riferimento ai lavori di Flegat e Lee da Monaghan (2005, 305 e 307).

325). A un regime dietetico della madre inappropriato corrisponderebbe un'alterazione del normale processo metabolico, fisiologico e anatomico di crescita del nascituro. Questi, alla nascita, mostrerà un basso peso (*thin*) ma anche una predisposizione, che si dispiegherà nell'età adulta, all'accumulazione di grasso addominale (*fat*), responsabile dell'aggressione più severa allo stato di salute. La seconda spiegazione richiama, forse in modo un po' rapsodico, i fattori ambientali. Aphramor cita il caso degli abitanti delle isole Marshall, teatro di sperimentazioni nucleari, che in ragione di questa esposizione involontaria alle radiazioni mostrano peculiari eccessi di obesità (ivi, 325). La spiegazione sulla quale insiste con maggior vigore Aphramor chiama in causa la sindrome metabolica, innescata dall'esperienza dello stress cronico.

La sindrome metabolica ha le proprie radici in un processo fisiologico noto come *fight or fly response* (Brunner e Marmot 1999). A fronte di sollecitazioni ambientali che possono configurarsi come una minaccia o, quantomeno, come una rottura della routine il nostro organismo reagisce con una risposta adattiva che innesci comportamenti ora di fuga ora di lotta, entrambi correlati a mutamenti a livello neuroendocrino. Quando queste sollecitazioni hanno un carattere episodico il loro impatto sulla salute è neutro, se non addirittura positivo. Altro è il caso di una sollecitazione protratta nel tempo che, in un registro metaforico, rende emotivamente gravosa sia la fuga, sia la lotta. Rientrano in quest'ambito le esperienze di relazioni asimmetriche che impongono da una parte contegno e dall'altra deferenza (Goffman 1967), che costringono a quanto Freund definisce stress drammaturgico (1990). Si tratta, per intenderci, delle esperienze che più comunemente vivono le persone che nella società occupano le posizioni cui competono i minori privilegi e che per questo dispongono di un controllo limitato sulla propria vita e sulle relazioni sociali che la accompagnano (Marmot 2004). Sono stati soprattutto gli studi etologici condotti sui primati a fornire un contributo alla spiegazione del nesso tra stress drammaturgico e stato di salute. Osservando le relazioni sociali tra i maschi adulti di una tribù di babbuini del Serengeti, Sapolsky (1993; citato in Wilkinson 1996, cap. 10) ha rilevato una relazione tra esperienze di sottomissione e stress. In particolare, Sapolsky ha rilevato una relazione tra la frequenza degli incontri con individui di rango superiore – incontri che impongono ai subordinati la drammatizzazione rituale della propria sottomissione – e l'intensità dello stress (espresso dal livello di corticoidi).

Tornando all'obesità, Aphramor documenta la presenza di un legame neurobiologico fra stress cronico e obesità, sottraendo ancora una volta

questa condizione al registro delle cattive abitudini²⁰. Al riguardo è possibile ipotizzare due diversi meccanismi di impatto. Il primo agisce al di sotto della pelle ed è stato tratteggiato più sopra con l'evocazione delle alterazioni del sistema neurobiologico. Il secondo passa attraverso i comportamenti individuali, seguendo un itinerario già delineato, per nulla riconducibile alla logica della libera scelta. Mi riferisco alle strategie di fronteggiamento dello stress che individuano nel cibo una forma – ancorché impropria – di automedicazione: Wilkinson parla a questo proposito del già citato cibo consolatorio, meno costoso di una serie di sedute psicanalitiche ma di certo meno efficace nel mantenere chi vi faccia ricorso in una condizione di buona forma fisica.

Concludo con una considerazione su un registro non già etico, ma clinico, o meglio, sanitario. L'adesione a una teoria che attribuisce l'obesità e, più in generale, il sovrappeso esclusivamente alla responsabilità del singolo, alla sua colpevole autoindulgenza quando si traduca in discorsi e pratiche cliniche conseguenti (ed è quanto accade nella più parte dei casi) impone alle persone obese o sovrappeso le conseguenze iatrogene dei regimi dietetici, presenti – osserva Aphramor – nelle diete ben bilanciate, ma ancor di più nelle misure di contenimento del peso più aggressive, basate sul ricorso a pillole o a purganti, cui fanno ricorso soprattutto le persone cui competono i minori privilegi (Aphramor 2005, 319, 322). A ciò si aggiunge il documentato legame fra il ricorso a pratiche di contenimento del peso e disturbi alimentari (*ibidem*; Monaghan 2005). Non si può, da ultimo, tacere dei costi psicologici dello stigma, soprattutto ora che è più facile individuare qual è la posizione sociale di chi più spesso ne fa le spese. Ricordo al riguardo la tesi di Campos (2004), per il quale il mito dell'obesità diffuso negli Stati Uniti (ma il discorso si applica anche al caso europeo) ripristina e legittima il pregiudizio tipico della classe media bianca nei confronti dei poveri e delle minoranze razziali (citato in Monaghan 2005, 308).

3. *Contesti sociali tossici: le spiegazioni che fanno riferimento ai luoghi di vita e alle relazioni sociali*

L'ultimo insieme di spiegazioni messo a tema in queste pagine ci consente di prendere definitivamente congedo dal riduzionismo che ac-

²⁰ Il legame fra sindrome metabolica e obesità viene ribadito anche in altri due studi: Shively e Clarkson (1998) e Brunner *et al.* (1997), entrambi richiamati in Wilkinson (1999, 269).

comuna le teorie illustrate, per estendere lo sguardo, al di là del corredo genetico e dei comportamenti individuali, a quell'intreccio composito di corsi di vita che costituisce il tessuto sociale. In questa cornice teorica, le disuguaglianze di salute si configurano come la sedimentazione nei corpi di un insieme eterogeneo di esperienze sociali che attraversano le biografie degli individui e li legano – gli uni agli altri – in specifici contesti di interazione. Nel ritrarre i contesti dell'interazione e nel qualificarne la tossicità, ciascuna delle teorie raccolte in questa rubrica muove da una specifica prospettiva, che mette a fuoco alcuni aspetti, lasciandone altri sullo sfondo. Il loro accostamento, tuttavia, sembra suggerire più la complementarietà che l'opposizione, definendo con ciò i confini di un territorio entro cui l'immaginazione sociologica può esercitarsi nel legare, se non nell'integrare, fra loro i diversi frammenti.

Una prima caratterizzazione del contesto sociale, forse la più intuitiva, dirige l'attenzione verso i luoghi di vita degli individui, variamente definiti in ragione della scala con la quale si procede alla loro raffigurazione. A questo scopo può essere utile immaginare di disporre queste raffigurazioni all'interno del convenzionale *continuum* micro-macro. La prima raffigurazione che si impone alla nostra attenzione considera la collocazione geografica e il profilo politico istituzionale ed economico dei luoghi di vita. La geografia ci consente di separare i paesi occidentali (o del primo mondo), dai paesi del terzo mondo, diversi fra loro per ricchezza e, per quel che ha rilievo qui, in ragione della speranza di vita dei loro abitanti. La politica ci consente di articolare all'interno di ciascun blocco distinzioni rilevanti in ragione del regime di welfare, separando i paesi caratterizzati da un sistema di welfare universalistico, come ad esempio i paesi scandinavi, da quelli caratterizzati da un sistema di welfare cosiddetto residuale come gli Stati Uniti (Graham 2002, 2011). Mentre i primi offrono maggiori tutele alla salute, i secondi presentano disuguaglianze più intense.

La qualificazione dei sistemi di welfare consente di avere alcune indicazioni sulla qualità delle cure mediche, ricordando, tuttavia, con Tarlov (1996) come il contributo al contrasto delle disuguaglianze di salute, reso da queste misure, resti comunque modesto²¹. Da ultimo, l'economia e, in particolare, la considerazione del reddito consente di ordinare i paesi – perlopiù quelli a economia avanzata – in ragione della distribuzione più o meno egualitaria di questa risorsa. Su questo terreno si è mosso con particolare efficacia Wilkinson, il quale in un studio pubblicato nei

²¹ La stima di Tarlov dell'impatto della qualità delle cure nella riduzione della morbosità e della mortalità si attesta attorno al 17% (1996, 74).

primi anni novanta e poi variamente ripreso, documenta come i paesi caratterizzati da una distribuzione più egualitaria dei redditi mostrino una maggior speranza di vita (Wilkinson 1996). Wilkinson interpreta questa relazione ipotizzando una soggiacente relazione fra distribuzione dei redditi e senso di privazione relativa. Dove la distribuzione dei redditi è più diseguale, più diffuso e intenso è il senso di privazione relativa degli individui. A sentimenti profondi e intensi di privazione relativa corrisponde – prosegue Wilkinson – un indebolimento della coesione sociale, dove la prima e l'ultima incidono, con segno opposto, sullo stato di salute della popolazione²².

Muovendo verso l'altro estremo del *continuum* è possibile collocare qui le caratterizzazioni del contesto sociale che mettono a tema le differenze che separano le diverse aree di un paese, nel nostro caso, ad esempio, il Nord Italia dal Mezzogiorno. Va da sé che, in questo caso, la considerazione dell'area geografica di residenza trascina aspetti che attengono alle caratteristiche sociali, economiche e culturali di quel territorio, che possono essere invocati nel dar conto delle disuguaglianze di salute osservate. L'eloquenza di queste analisi ecologiche cresce quando l'ampiezza e l'eterogeneità delle aree di riferimento si riducono. Ci si muove su questo terreno quando la raffigurazione delle caratteristiche del contesto viene resa ricorrendo a statistiche che qualificano – perlopiù per aggregazione di proprietà individuali – comuni o, in alcuni casi anche quartieri²³. In questo insieme composito di caratterizzazioni del contesto sociale è possibile far rientrare le spiegazioni delle disuguaglianze di salute che chiamano in causa il concetto, dallo statuto teorico ed empirico controverso, di capitale sociale. Inteso come una proprietà ecologica o, con Bronfenbrenner (1979), come una caratteristica di una comunità ecologica, il capitale sociale può essere ricondotto a questo insieme di dispositivi teorici. I numerosissimi studi sulla relazione fra capitale sociale e salute documentano una relazione positiva fra le due proprietà, dove la prima viene qualificata come una sorta di scudo sociale capace di proteggere dalla malattia²⁴ (Turner 2004, 16).

Da ultimo, occorre far cenno a un'ulteriore modalità di caratterizza-

²² A un'analisi critica della teoria di Wilkinson illustrata nel testo è dedicato il saggio che ho scritto con Giuseppe Costa cui rinvio per gli approfondimenti del caso (Cardano e Costa 1998, par. 1).

²³ Per un'applicazione al contesto italiano si veda Cadum *et al.* (1999). Per una riflessione sugli aspetti teorici e metodologici di queste procedure si rinvia a Kawachi *et al.* (2002, 650) e alla sua bibliografia.

²⁴ Per una rassegna della letteratura sulla relazione fra capitale sociale e salute si rinvia a Hawe e Shiell (2000).

zione dei contesti sociali, alla base delle spiegazioni che imputano alla loro tossicità – questa volta in senso stretto – l’aggressione alla salute di chi li abita. Mi riferisco ai luoghi di lavoro, precisando tuttavia che di norma le spiegazioni che chiamano in causa questo elemento raramente risultano ancorate a uno specifico luogo di vita (la chiave con la quale ho ordinato le riflessioni esposte sin qui), per intenderci: un’azienda con un indirizzo al quale è possibile recapitare la posta. Solitamente le analisi vengono condotte considerando raggruppamenti di professioni, insieme di individui occupati in settori lavorativi e luoghi di lavoro relativamente omogenei, ma che non possono essere confinati in uno specifico luogo fisico²⁵. In questo caso, forse non è nemmeno il caso di dirlo, la presenza di sostanze tossiche, la configurazione dell’ambiente e ancor più l’organizzazione del lavoro risultano correlati all’incidenza di malattie professionali e a infortuni²⁶.

Sin qui i luoghi di vita. A questa prospettiva, che insiste sulla caratterizzazione degli spazi scenici, è opportuno accostarne un’altra che dirige l’attenzione sul dramma rappresentato in questi diversi palcoscenici, che si sofferma sugli attori e sulle loro relazioni sociali. Rientra qui una pluralità di ipotesi esplicative che, attraverso la qualificazione sociale dei contesti di vita, aggiunge al quadro un’altra dimensione, quella del tempo, che integra e qualifica quello di spazio. La cornice teorica che racchiude queste riflessioni vede combinati i dispositivi concettuali ed empirici di due rilevanti tradizioni di ricerca, l’interazionismo simbolico – in tutte le sue filiazioni – e la sociologia del corso di vita. In questo ambito le disuguaglianze di salute si qualificano come la sedimentazione nei nostri corpi delle differenze che separano le traiettorie biografiche degli individui, in ragione della loro (mutevole) collocazione sociale. Queste differenze, fatte di specifiche concatenazioni di ruoli e di relazioni sociali, vengono incise nel nostro corpo, che, in questa luce, diviene un testo su cui leggere in un registro indiziario le trasformazioni dell’esistenza (Shilling 2003; Blane 1999, 64). Il meccanismo che traduce le esperienze biografiche, fatte di eventi e di relazioni, nell’idioma corporeo della salute e della malattia attiene alla neurofisiologia dello stress²⁷. È dunque l’esposizione differenziata ad agenti stressanti (*health*

²⁵ Un’analisi in quest’ambito è illustrata in Marinacci *et al.* (2005) cui si rinvia.

²⁶ Mentre portavo a termine le osservazioni riportate sul rapporto fra spazi e salute ho appreso della recente pubblicazione di un numero monografico di «Social Science and Medicine» (n. 65/2007) dedicato a questi temi, cui rinvio per gli opportuni aggiornamenti bibliografici e per una trattazione teorica di più ampio respiro.

²⁷ Il tema è stato introdotto nel par. 3 di questo saggio, cui si rinvia.

related stressor) a determinare le disuguaglianze di salute che le nostre statistiche di mortalità e morbosità documentano (Pearlin *et al.* 2005). Detto altrimenti, la probabilità di vivere eventi di vita stressanti o di sperimentare ripetutamente relazioni sociali che innescano la condizione di stress cronico cresce muovendo dalla cima alla base della scala sociale, ed è questo ciò che determina le disuguaglianze di salute osservate.

Nel qualificare le esperienze sociali che, mediate dallo stress cronico, conducono alla compromissione della salute, considererò dapprima le relazioni sociali, per spostare poi l'attenzione sugli eventi di vita. L'una e l'altra cosa, va da sé, si tengono insieme, è dunque esclusivamente per comodità espositiva che ne discuterò separatamente.

La tossicità delle relazioni sociali emerge dalla considerazione congiunta di due dimensioni contigue dell'esperienza che, non senza forzature, possiamo ricondurre alla coppia concettuale di «ribalta» e «retroscena» (Goffman 1959). La ribalta è il luogo in cui ciascuno incontra l'altro, dove *ego* e *alter* sono reciprocamente presenti, impegnati in specifici rituali di interazione (Goffman 1967). Il retroscena è il luogo in cui il proprio agire sulla ribalta e il proprio sé divengono oggetto di specifica riflessione da parte dell'individuo²⁸. In queste due sfere dell'esperienza, l'innescò della condizione di stress cronico ha origine da due processi, attivi – seppur in diversa misura – sia sulla ribalta sia nel retroscena. Il primo processo, messo a fuoco da Freund (1982; 1990), è di natura emozionale; il secondo, tematizzato da Siegrist (2000), è di natura cognitiva.

Il contributo di Freund si colloca sul terreno della sociologia delle emozioni (Thoits 1989; Turner 2007). In questo ambito l'autore sviluppa una specifica riflessione sul legame fra modi emotivi di essere e salute, istituendo un legame fra gli uni e l'altra attraverso la teoria dello stress cronico. Rifacendosi al contributo di Buytendijk (1950, citato da Freund 1990, 461), Freund identifica due classi di esperienze emotive, piacevoli le une, spiacevoli le altre. Nella costellazione delle esperienze emotive piacevoli, responsabili dell'innescò della condizione di stress cronico, rientrano la percezione di essere rifiutati, sottomessi, offesi, umiliati, mi-

²⁸ L'accezione di retroscena proposta nel testo si discosta dalla metafora goffmaniana. Per Goffman, tanto la ribalta quanto il retroscena si configurano come luoghi di interazione sociale, nei quali la capacità di agire e la riflessività sono presenti in egual misura. Qui, per contro, ho inteso qualificare la ribalta come il luogo in cui prevale la dimensione della capacità di agire e il retroscena come una forma di esperienza (e non già come un'area dello spazio sociale) dove prevale la riflessività, il proprio agire diviene oggetto di osservazione, gli individui raccontandosi il proprio agire passato e prefigurando il proprio agire futuro procedono alla costruzione narrativa del proprio sé (Shafer 1980).

nati nella propria autostima (Freund 1990, 461). Si tratta di esperienze emotive, prosegue Freund, distribuite in modo tutt'altro che uniforme nella nostra società, vissute più frequentemente e con maggior intensità da coloro che occupano le posizioni sociali cui competono minor potere e minori privilegi. È il potere di cui ciascuno dispone che, in ultima istanza, determina il carico di stress drammaturgico con cui dovrà fare i conti, ora nei rituali di interazione che hanno luogo sulla ribalta, ora nelle relazioni che hanno luogo nell'intorno del palcoscenico o nel suo retroscena.

Richiamandosi ai lavori di Hochschild, Freund articola da una differente prospettiva la propria tesi: gli incontri che avvengono sulla ribalta e l'alone che da essi si propaga nella sfera del retroscena incidono sui corpi e dunque sulla salute degli individui con maggior o minor profondità in ragione della solidità dello «scudo di status» (Hochschild 1983, cap. 8) di cui ciascuno dispone. Questa protezione, che tutela principalmente l'autostima degli individui, mostra una crescente solidità (consolidata nella catena di interazioni cui si è preso parte) per gli individui che occupano le posizioni sociali cui competono i maggiori privilegi, vuoi per la classe sociale cui appartengono, vuoi per l'etnia o per il genere²⁹. È soprattutto sul terreno dell'autostima che l'impatto emotivo delle relazioni che hanno luogo sulla ribalta si propagano nella sfera del retroscena, nell'esercizio – talvolta penoso – della riflessione sul proprio agire. Ripensando al proprio agire, ricostruendone le sequenze in una narrazione che mette capo alla costruzione della propria identità (Shafer 1980), la percezione di sé come di una persona cui la società attribuisce uno status inferiore si può facilmente trasformare nella penosa convinzione di *essere* una persona inferiore³⁰ (Pearlin *et al.* 2005, 208). Con una maggiore attenzione per quanto accade sotto la pelle, per la neurofisiologia della stress, riflessioni del medesimo tenore vengono sviluppate da Marmot, un epidemiologo sociale, che indica nella diseguale distribuzione di risorse di controllo e di partecipazione la radice di quanto eloquentemente definisce *status syndrome* (Marmot 2004).

L'innesco dello stress cronico viene caratterizzato su un registro pre-

²⁹ Temi analoghi trovano sviluppo nella riflessione di Scheff sui correlati di vergogna e orgoglio che accompagnano le interazioni sociali (1988). Aggiungo come, al riguardo, la teoria del *positioning* di Davies e Harré possa fornire un'utile chiave di lettura dei processi di costruzione dello scudo di status nel corso dell'interazione discorsiva (Davies e Harré 1990).

³⁰ Su questo processo si soffermano in modo analitico Sennett e Cobb in un volume dal titolo particolarmente eloquente: *The Hidden Injuries of Class* (1973).

valentemente emotivo nella proposta teorica di Siegrist (Siegrist *et al.* 1986; Siegrist 2000). Il quadro teorico entro cui Siegrist sviluppa la propria proposta teorica è costituito dalla teoria dello scambio (Thibaut, Kelley 1959) e, più in particolare, la teoria dell'equità (Walster *et al.* 1976). In questa cornice l'interazione sociale viene concepita come una relazione di scambio i cui esiti, per ciascuno degli attori coinvolti, possono qualificarsi in termini di equità o iniquità. L'esperienza di una relazione iniqua genera sofferenza, con Walster e colleghi: «quando gli individui si accorgono di partecipare a una relazione non equa diventano afflitti. Più la relazione è iniqua, maggiore è la sofferenza che gli individui provano» (*ibidem*).

Nella proposta teorica di Siegrist l'attenzione cade sull'acquisizione e sull'esercizio di un ruolo societario. L'esercizio di un ruolo pone obblighi e, al contempo, riconosce diritti o, detto altrimenti, comporta un impegno (*effort*) cui corrispondono specifiche ricompense (*reward*). Questo consente di qualificare l'esercizio dei diversi ruoli societari in termini di equità e di qualificare come inique le relazioni sociali nelle quali le ricompense non sono commisurate agli sforzi. Il modello di Siegrist poggia su uno specifico assunto teorico: lo scambio sociale è governato da una sorta di «grammatica elementare» impressa nella mente umana, la «grammatica della reciprocità e dell'equità». La violazione della norma di reciprocità, la percezione di uno squilibrio tra sforzi e ricompense produce un deterioramento del sistema di autoregolazione neurobiologica, innescando la condizione di stress cronico³¹. L'impianto cognitivo del modello, il suo riferimento alla messa a punto di un bilancio fra impegno e ricompense individuano nel retroscena il luogo nel quale – prevalentemente – questi processi hanno luogo. Anche qui, tuttavia, possiamo comunque immaginare la presenza di un alone che si propaga da una sfera all'altra, in questo caso dalla sfera del retroscena a quella della ribalta, nella quale la percezione dell'iniquità dello scambio si sovrappone all'esperienza emotiva della subordinazione all'interno dei rituali d'interazione.

La dimensione longitudinale, implicita nelle analisi che mettono a tema l'interazione sociale (è il protrarsi nel tempo di relazioni sociali

³¹ Il modello di Siegrist mette a tema le relazioni sociali che coinvolgono gli individui nell'esercizio di tre ruoli chiave, quello lavorativo, quello familiare e quelli che, in modo generale, vengono qualificati come ruoli civici. Questi tre ruoli sono diversi quanto ad accessibilità, rilevanza sociale e, soprattutto, alla capacità di provocare danni alla salute a fronte di uno squilibrio tra sforzi e ricompense. Dei tre ruoli considerati quello lavorativo è il più importante ed è principalmente in relazione a esso che Siegrist sviluppa la propria proposta teorica.

tossiche che innesca la sindrome metabolica), diviene esplicita nelle spiegazioni che fanno riferimento alla sociologia del corso di vita (Wadsworth 1997; Graham 2002; Pearlin *et al.* 2005). Di più: qui l'orizzonte temporale si estende al di là di una sola vita per comprendere la trasmissione del patrimonio di salute da una generazione all'altra in sintonia con uno dei precetti cardine della teoria del corso di vita, il «principio delle vite legate» (Giele e Elder 1998; Elder *et al.* 2004; Olagniero 2004).

Abbiamo già visto all'opera questo precetto a proposito della *thin-fat baby syndrome*, che descrive come le privazioni dietetiche della madre, durante la gravidanza, si traducano dapprima nel basso peso alla nascita e poi nella propensione all'accumulazione del grasso addominale del nascituro. Più in generale, questo legame intergenerazione trova una più completa codificazione nella teoria della programmazione biologica elaborata da Barker, che lega lo stato di salute della madre, il regime dietetico e gli stili di vita assunti nel corso della gravidanza (fumo, alcool), allo stato di salute del figlio, sia al momento della nascita, sia in età adulta. In questo modo viene istituito un legame – documentato empiricamente – fra le privazioni della madre e, da un lato, natimortalità e mortalità infantile, dall'altro, maggior vulnerabilità in età adulta per malattie respiratorie, cardiovascolari e metaboliche (Barker 1994). Nella medesima direzione vanno le riflessioni che legano le esperienze maturate nei primi anni di vita e lo stato di salute nell'età adulta. Rientrano qui aspetti materiali quali, ad esempio, le esperienze prolungate di povertà o di discriminazione (Pearlin *et al.* 2005), ma anche aspetti immateriali come l'apprendimento di strategie inadeguate di fronteggiamento dello stress, basate sul ricorso, ad esempio, al cibo consolatorio (si veda par. 3).

Accanto a queste forme di trasmissione intergenerazionale del capitale di salute occorre considerare gli eventi di vita propri di ciascuna traiettoria biografica. A questo proposito, Pearlin e colleghi documentano come la distribuzione degli eventi di vita capaci di aggredire lo stato di salute degli individui si leghi in modo drammatico alla posizione sociale degli individui. Da un lato, eventi di vita stressanti quali traumi in età precoce (abusi, abbandoni, responsabili di forme di attaccamento disorganizzato), transizioni biografiche precoci (una maternità o la fuoriuscita dal sistema scolastico precoci) che incidono pesantemente sullo stato di salute degli individui, mostrano un'incidenza crescente muovendo dal vertice alla base della scala sociale. Eventi di questa natura, inoltre, mostrano una peculiare capacità generativa, espressa da Pearlin e colleghi con la nozione «catena delle avversità». Aver subito uno di questi eventi stressanti rende più suscettibili sia a eventi della medesima natura (ad esempio, all'abuso sessuale), sia ad altri eventi negativi, invero

con ciò l'adagio popolare per il quale «piove sempre sul bagnato». Inoltre, altri eventi, poco o nulla associati alla collocazione sociale degli individui, come ad esempio la rottura di un legame coniugale o l'emergere di responsabilità di cura per un familiare non autosufficiente, mostrano un impatto sulla vita delle persone e sulla loro salute che varia in ragione della posizione sociale. In ragione delle risorse di cui dispongono, le persone affrontano lo stress che accompagna questi eventi con esiti diversi, più felici – *ceteris paribus* – per coloro che dispongono di maggior potere, meno per gli altri.

Tempo e spazio sociale concorrono, dunque, alla caratterizzazione della tossicità dei contesti di vita, delimitando al contempo il terreno per una specifica riflessione sociologica sulle disuguaglianze di salute.

4. Osservazioni conclusive

L'*excursus* teorico appena concluso consegna un'immagine complessa del nostro oggetto, le disuguaglianze di salute. Un oggetto che cessa di essere poco più di una curiosità statistica o – ancora peggio – una triste ovvietà, per diventare il terreno di un'importante sfida teorica e politica, che chiama in causa saperi e competenze non sempre adeguatamente integrati. Mi riferisco ai saperi delle due maggiori comunità scientifiche coinvolte, sociologi ed epidemiologi, ma anche al sapere dei ricercatori e a quello dei responsabili delle politiche, chiamati insieme a delineare efficaci strategie di contrasto a un processo che incide nei corpi le conseguenze delle disuguaglianze sociali. L'incontro delle due maggiori comunità scientifiche costituisce a mio giudizio la strada maestra verso la costruzione di autentiche spiegazioni delle disuguaglianze di salute, in grado di dar forma alla grande messe di materiali empirici di taglio prevalentemente, se non esclusivamente, descrittivo (Cardano 2004, parr. 3-4). È su questo terreno che diventa possibile delineare e integrare l'illustrazione dei meccanismi – in parte sociali, in parte biologici – che legano la posizione sociale degli individui al loro stato di salute. Ciò detto, intendo concludere questa nota con alcuni riferimenti più circostanziati al contesto italiano, alle fonti e ai programmi di ricerca intrapresi per dar conto delle disuguaglianze di salute e alla consistenza del fenomeno in studio.

In Italia lo studio delle disuguaglianze sociali di salute poggia su una tradizione di ricerca molto giovane. I primi studi sistematici, perlopiù epidemiologici, vengono pubblicati all'inizio degli anni novanta (Costa e Ponti 1990; Costa e Faggiano 1994), ed è solo verso la fine del medesi-

mo decennio che il contributo dei sociologi inizia a farsi più consistente. Diverse sono stati le sorti di questo filone di studi nel resto d'Europa, in particolare nel Regno Unito e nei paesi scandinavi, dove si registra una maggior attenzione al tema e una maggior integrazione fra le comunità scientifiche di sociologi ed epidemiologi. Le ragioni di questo ritardo – che progressivamente si sta riducendo – hanno a che fare *anche* con la scarsa disponibilità di fonti di dati adeguate e alla loro ineguale distribuzione sul territorio nazionale.

Con la sola eccezione di alcune inchieste campionarie nelle quali la salute costituisce uno (e non il principale) fra gli oggetti d'indagine, le fonti di dati più robuste sembrano riducibili alle Indagini multiscopo sulla salute e sull'uso dei servizi condotte dall'Istat e a due archivi longitudinali relativi a Torino e alla Toscana³² (rappresentata da Firenze e Livorno). I due studi longitudinali hanno un impianto comune: in ognuno le informazioni sulla posizione sociale degli individui sono desunte dai dati censuari che, per Torino, risalgono al censimento della popolazione del 1971, e per Livorno e Firenze, rispettivamente ai censimenti del 1981 e del 1991. Queste informazioni sono unite alle informazioni sanitarie di fonte amministrativa tramite il raccordo, individuo per individuo, delle informazioni contenute in diversi archivi: le morti per causa, i ricoveri ospedalieri e, ultimamente, anche le prescrizioni di farmaci e l'accesso ai servizi sanitari. Una pista di ricerca, avviata in tempi più recenti dall'Osservatorio sulle disuguaglianze sociali, promosso dalla Fondazione Ermanno Gorrieri, prevede l'integrazione delle basi dati citate con due basi dati internazionali: la *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (Share) e l'*European Community Household Panel*³³ (Echp). L'impiego di queste basi dati consentirà – queste almeno sono le intenzioni – di disporre di dati longitudinali sulla relazione fra posizione sociale e stato di salute relativi a un piccolo campione nazionale, su cui calibrare le ricche informazioni provenienti dai due studi longitudinali locali.

Quanto alla consistenza delle disuguaglianze sociali di salute nel nostro paese i dati più recenti e robusti provengono dall'ultima Indagine

³² A un'analisi sociologicamente avvertita dei dati dell'Indagine multiscopo sulla salute 1999-2000 è dedicato l'interessante saggio di Sarti (2006). Per la presentazione dei due archivi longitudinali richiamati nel testo, lo Studio longitudinale torinese e lo Studio longitudinale toscano si veda Cardano *et al.* (1999). Per un'illustrazione più puntuale delle fonti informative e dei modelli di analisi si rinvia a Costa (2004).

³³ L'Osservatorio sulle disuguaglianze sociali è coordinato da Chiara Saraceno. Nell'ambito del progetto, lo studio delle disuguaglianze di salute è condotto, oltre da chi scrive, da Marco Albertini, Francesca Vannoni, Gian Lorenzo Venturini ed Eugenio Zucchelli.

TAB. 1. *Percentuale dei soggetti che giudicano il proprio stato di salute come «meno che buono»; uomini e donne di età compresa fra 25 e 69 anni*

	Uomini	Donne
Germania Ovest	53,9	54,5
Finlandia	37,0	35,4
Italia	34,2	42,0
Spagna	27,2	32,5
Austria	26,3	28,5
Inghilterra	20,7	22,0
Svezia	19,2	21,4
Olanda	19,0	24,6
Norvegia	16,8	19,2
Danimarca	16,7	22,6

Fonte: Adattata da Kunst *et al.* (2005, 299).

multiscopo sulla salute condotta dall'Istat nel 2004 (Costa *et al.* 2008). Le prime statistiche, elaborate impiegando come indicatore della posizione sociale il titolo di studio, documentano il persistere di intense disuguaglianze di salute. Gli individui meno scolarizzati che hanno al più la licenza elementare mostrano le peggiori condizioni di salute, sia in termini di salute percepita, sia in termini di morbosità cronica riferita³⁴. Le disuguaglianze osservate si mostrano in tutte le fasce d'età, con una sensibile accentuazione nella coorte dei soggetti di età compresa fra i 45 e i 64 anni. Qui la quota di soggetti che dichiarano una salute cattiva o pessima è pari al 3,2% fra coloro che hanno un diploma o una laurea e al 9,1% (poco meno del triplo) fra coloro che hanno, al più, la licenza elementare.

Uno studio guidato dal dipartimento di Sanità pubblica dell'Università di Rotterdam consente di collocare il nostro paese nel più vasto contesto internazionale (Kunst *et al.* 2005). Lo studio si basa sulla comparazione – condotta sul medesimo parametro impiegato dall'Indagine multiscopo – dei livelli di salute percepita tra dieci paesi europei: Finlandia, Svezia, Norvegia, Danimarca, Inghilterra, Olanda, Germania Ovest, Austria, Spagna e Italia. Lo studio focalizza l'attenzione sull'evoluzione delle disuguaglianze di salute fra gli anni ottanta e novanta. Sotto questo profilo l'Italia, con Spagna e Olanda, mostra un sensibile incremento delle disuguaglianze sociali, contro la relativa stabilità rilevata nei paesi

³⁴ La morbosità cronica riferita esprime il numero di malattie croniche dichiarate da ciascun intervistato.

scandinavi, caratterizzati da un sistema di welfare più inclusivo (ivi, 304). Quanto al punto di approdo del processo, gli anni novanta, l'Italia mostra una quota di soggetti che denunciano una condizione di salute meno che buona, la cui consistenza risulta inferiore solo a quella osservata in Germania, ben discosta da quella osservata nei paesi scandinavi (vedi tab. 1).

In conclusione, sia i dati nazionali, sia quelli internazionali documentano la consistenza empirica e la rilevanza sociale di un tema che questo contributo ha inteso trattare soprattutto su di un registro teorico e che, forse, in questa luce potrà risultare meno astratto.

Riferimenti bibliografici

- Aphramor, L. (2005) *Is A Weight-Centred Health Framework Salutogenic? Some Thoughts on Unhinging Certain Dietary Ideologies*, in «Social Theory & Health», vol. 3, n. 4, pp. 315-340.
- Barker, D.J.P. (1994) *Mothers, Babies, and Disease in Later Life*, London, Bmj.
- Benton, T. (1991) *Biology and Social Science: Why the Return of the Repressed Should Be Given a (Cautious) Welcome*, in «Sociology», vol. 25, n. 1, pp. 1-29.
- Blane, D. (1999) *The Life Course, the Social Gradient and Health*, in M. Marmot e R.G. Wilkinson (a cura di), *Social Determinant of Health*, Oxford, Oxford University Press, pp. 64-80.
- , Davey Smith, G. e Bartley, M. (1993) *Social Selection: What Does it Contribute to Social Class Differences in Health?*, in «Sociology of Health and Illness», vol. 15, n. 1, pp. 1-15.
- Bronfenbrenner, U. (1979) *The Ecology of Human Development Experiments by Nature and Design*, Harvard, Harvard University Press, trad. it. *L'ecologia dello sviluppo umano*, Bologna, Il Mulino, 1989.
- Bruner, E. e Marmot, M. (1999) *Social Organization, Stress and Health*, in Marmot e Wilkinson (1999), pp. 17-43.
- , Marmot, M. e altri (1997) *Social Inequality in Coronary Risk: Central Obesity and the Metabolic Syndrome*, in «Diabetologia», vol. 40, n. 11, pp. 1341-1349.
- Bury, M. (1982) *Chronic Illness as Biographical Disruption*, in «Sociology of Health and Illness», vol. 4, n. 2, pp. 167-182.
- (2001) *Illness Narratives: Fact or Fiction*, in «Sociology of Health and Illness», vol. 23, n. 3, pp. 263-285.
- Butler, S. (2004) *Erewhon*, Milano, Adelphi (edizione originale 1872).
- Buytendijk, F.J. (1950) *The Phenomenological Approach to the Problem of Feelings and Emotions*, in M.C. Reymert (a cura di), *Feelings and Emotions: The Mooseheart Symposium in Cooperation with the University of Chicago*, New York, McGraw Hill, pp. 127-141.
- Cadum, E., Costa, G. e altri (1999) *Deprivazione e mortalità: un indice di deprivazione per l'analisi delle disuguaglianze su base geografica*, in «Epidemiologia e Prevenzione», vol. 23, n. 3, pp. 175-187.
- Campos, P. (2004) *The Obesity Myth: Why America's Obsession with Weight is Hazardous to your Health*, New York, Gotham.
- Cardano, M. (2004) *La rilevazione della posizione sociale*, in «Epidemiologia e Prevenzione», vol. 28, n. 3, pp. 124-142.

-
- e Costa, G. (1998) *Classi sociali e salute. Le disuguaglianze di mortalità a Torino*, in «Quaderni di sociologia», vol. 42, n. 17, pp.86-121.
- , Costa, G. e altri (1999) *Le disuguaglianze di mortalità negli studi longitudinali italiani*, in «Epidemiologia e Prevenzione», vol. 23, n. 3, pp. 141-152.
- Costa, G. e Demaria, M. (2004) *Social Mobility and Health in the Turin Longitudinal Study*, in «Social Science and Medicine», vol. 58, n. 8, pp. 1563-1574.
- Connell, R. (1987) *Gender and Power*, Cambridge, Polity Press.
- Costa, G. (2004) *Le fonti informative e le strategie di studio*, in «Epidemiologia e Prevenzione», vol. 28, n. 3, pp. 119-123.
- e Ponti, A. (1990) *La mortalità per classi sociali: differenze o disuguaglianze?*, in «Polis», vol. 4, n. 3, pp. 423-445.
- e Faggiano, F. (a cura di) (1994) *L'equità nella salute in Italia. Rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Milano, Franco Angeli.
- , Vannoni, F. e altri (2008) *Le disuguaglianze sociali nella salute percepita, nelle malattie croniche riferite e nella disabilità*, in Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2008), pp. 204-207.
- Davey Smith G., Carroll, D. e altri (1992) *Socioeconomics Differentials in Mortality: Evidence from Glasgow Graveyards*, in «British Medical Journal», vol. 19, n. 26, pp. 1554-1557.
- Davies, B. e Harré, R. (1990) *Positioning: The Discursive Production of Selves*, in «Journal of the Theory of Social Behaviour», vol. 12, n. 1, pp. 43-63.
- Dawkins, R. (1976) *The Selfish Gene*, London, Paladin.
- Elder, G.H., Jonson, M.K. e Crosnoe, R. (2004) *The Emergence and Development of Life Course Theory*, in J.T. Mortimer e M.J. Shanahan (a cura di) *Handbook of the Life Course*, New York, Springer, pp. 3-19.
- Flegal, K.M., Graubard, B.I. e altri (2005) *Excess Deaths Associated with Underweight, Overweight and Obesity*, in «Journal of the American Medical Association», vol. 293, n. 15, pp. 1861-1867.
- Freund, P. (1982) *The Civilized Body: Social Domination, Control and Health*, Philadelphia, Temple University Press.
- (1990) *The Expressive Body: A Common Ground for the Sociology of Emotions and Health and Illness*, in «Sociology of Health & Illness», vol. 12, n. 4, pp. 452-477.
- Giele, J.Z. e Elder, G.H. (1998) *Life Course Research: Development of a Field*, in J.Z. Giele e G.H. Elder (a cura di), *Methods of Life Course Research. Qualitative and Quantitative Approaches*, Thousands Oaks, Sage, pp. 5-27.
- Goffman, E. (1959) *The Presentation of Self in Everyday Life*, New York, Doubleday, trad. it *La vita quotidiana come rappresentazione*, Bologna, Il Mulino (1969).
- (1967) *Interaction Ritual*, New York, Doubleday, trad. it *Il rituale dell'interazione*, Bologna, Il Mulino (1988).
- Goldthorpe, J.H. (2000) *On Sociology. Numbers, Narratives and the Integration of Research and Theory*, Oxford, Oxford University Press.
- Graham, H. (1995) *Cigarette Smoking: A Light on Gender and Class Inequality in Britain?*, in «Journal of Social Policy», vol. 24, n. 4, pp. 509-27.
- (2002) *Building an Interdisciplinary Science of Health Inequalities: The Example of Lifecourse Research*, in «Social Science and Medicine», vol. 55, n. 11, pp. 2005-2016.
- Greco, M. (1998) *Illness as a Work of Thought. A Foucauldian Perspective on Psychosomatics*, London, Routledge.
- Hawe, P. e Shiell, A. (2000) *Social Capital and Health Promotion: A Review*, in «Social Science and Medicine», vol. 51, n. 6, pp. 871-885.
- Hochschild, A.R. (1983) *The Managed Heart. Commercialization of Human Feeling*, Berkeley, University of California Press.
- Illsley, R. (1955) *Social Class Selection and Class Differences in Relation to Stillbirths and Infant Deaths*, in «British Medical Journal», vol. 2, n. 4955, 1520-1526.

- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (a cura di) (2008) *Rapporto Osservasalute 2007. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, Milano, Prex.
- Jones, G.I. e Cameron, D. (1984) *Social Class Analysis: An Embarrassment to Epidemiology*, in «Community Medicine», vol. 6, n. 1, pp. 37-46.
- Kawachi, I., Subramanian, S.V. e Almeida-Filho, N. (2002) *A Glossary for Health Inequalities*, in «Journal of Epidemiology and Community Health», vol. 56, n. 9, pp. 647-652.
- Kelleher, C., Cooper, J. e Sadler, D. (1990) *ABO Blood Group and Social Class: A Prospective Study in a Regional Blood Bank*, in «Journal of Epidemiology and Community Health», vol. 44, n.1, pp. 59-61.
- Kinsman, G. (1996) «Responsibility» as a Strategy of Governance: Regulating People Living with Aids and Lesbian and Gay Men in Ontario, in «Economy and Society», vol. 25, n. 3, pp. 393-409.
- Kunst, A.E., Bos, V. e altri (2005) *Trends in Socioeconomic Inequalities in Self-Assessed Health in 10 European Countries*, in «International Journal of Epidemiology», vol. 34, n. 2, pp. 295-305.
- Lawrence, P.S. (1948) *Chronic Illness and Socioeconomic Status*, in «Public Health Reports», vol. 63, n. 6, 1507-1521.
- Lee, C.D., Blair, S.N. e Jackson, A.S. (1999) *Cardiorespiratory Fitness, Body Composition, and All-causes and Cardiovascular Disease Mortality in Men*, in «American Journal of Clinical Nutrition», vol. 69, n. 3, pp. 373-380.
- Mackenbach, JP, Bos, V. e altri (2003) *Widening Socioeconomic Inequalities in Mortality in six Western European Countries*, in «International Journal of Epidemiology», vol. 32, n. 5, pp. 830-37.
- Marinacci, C., d'Errico, A. e altri (2005) *Differenze per professione nelle condizioni di lavoro nocive*, in «Medicina del Lavoro», vol. 96, numero speciale, pp. 127-140.
- Marmot, M. (2004) *Status Syndrome. How your Social Standing Directly Affects your Health*, London, Bloomsbury.
- e Wilkinson, R.G. (a cura di) (1999) *Social Determinant of Health*, Oxford, Oxford University Press.
- Mascie-Taylor, C.G.N. (1990) *Biosocial Aspects of Social Class*, Oxford, Oxford University Press.
- Meadows, S.H. (1961) *Social Class Migration and Chronic Bronchitis*, in «British Journal of Preventive Social Medicine», vol. 15, n. 2, 171-178.
- Monaghan, L. (2005) *Discussion Piece: A Critical Take on the Obesity Debate*, in «Social Theory and Health», vol. 3, n. 4, pp. 302-314.
- Olagnero, M. (2004) *Vite nel tempo. La ricerca biografica in sociologia*, Roma, Carocci.
- Pearlin, L.I., Schieman, S. e altri (2005) *Stress, Health, and the Life Course: Some Conceptual Perspectives*, in «Journal of Health and Social Behavior», vol. 46, n. 2, pp. 205-219.
- Perrot, G. e Collins, S.D. (1935) *Relation of Sickness to Income and Income Change in 10 Surveyed Communities*, in «Public Health Reports», vol. 50, n. 4, pp. 595-622.
- Rich, E., Evans, J. (2005) «Fat Ethics». *The Obesity Discourse and Body Politics*, in «Social Theory & Health», vol. 3, n. 4, pp. 341-358.
- Rose, N. (1993) *Government, Authority and Expertise in Advanced Liberalism*, in «Economy and Society», vol. 22, n. 3, pp. 283-299.
- Runciman, W.G. (1972) *Ineguaglianza e coscienza sociale. L'idea di giustizia sociale nelle classi lavoratrici*, Torino, Einaudi.
- Sapolsky, R.M. (1993) *Endocrinology Alfresco: Psychoendocrine Studies of Wild Baboons*, in «Recent Progress in Hormone Research», vol. 48, pp. 437-68.
- Sarti, S. (2006) *La classe sociale, in buona salute*, in «Polis», vol. 20, n. 2, pp. 317-346.

- Scheff, T.J. (1988) *Shame and Conformity: The Deference-emotion System*, in «American Sociological Review», vol. 53, n. 3, 395-406.
- Sennett, R. e Cobb, J. (1973) *The Hidden Injuries of Class*, New York, Knopf.
- Shafer, R. (1980) *Narration in the Psychoanalytic Dialogue*, in «Critical Inquiry», vol. 7, n. 1, pp. 29-54.
- Shilling, C. (2003) *The Body and the Social Theory*, London, Sage.
- Shively, C.A. e Calrkson, T.B. (1988) *Regional Obesity and Coronary Artery Atherosclerosis in Females: a non Human Primate Model*, in «Acta Medica Scandinavica Supplementum», vol. 723, n. 1, pp. 71-78.
- Siegrist, J. (2000) *Place, Social Exchange and Health: Proposed Sociological Framework*, in «Social Science and Medicine», vol. 31, n. 52, pp. 1283-1293.
- Siegrist, K e Weber, I. (1986) *Sociological Concepts in the Aetiology of Chronic Disease: The Case of Ischemic Heart Disease*, in «Social Science and Medicine», vol. 22, n. 2, pp. 247-256.
- Stern, J. (1983) *Social Mobility and the Interpretation of Social Class Mortality Differentials*, in «Journal of Social Policy», vol. 12, n. 1, pp. 27-49.
- Thibaut, J.W. e Kelley, H.H. (1959) *The Social Psychology of Groups*, New York, Wiley, trad. it. *Psicologia sociale dei gruppi*, Bologna, Il Mulino, 1972.
- Thoits, P.A. (1989) *The Sociology of Emotions*, in «Annual Review of Sociology», vol. 15, pp. 317-342.
- Townsend, P. e Davidson, N. (1982) *Inequalities in Health: The Black Report and the Health Divide*, Harmondsworth, Penguin.
- Turner, B. (2004) *The New Medical Sociology*, New York, Norton.
- Turner, J.H. (2007) *Human Emotions. A Sociological Theory*, Oxon, Routledge.
- Vågerö, D. (1991) *Inequality in Health. Some Theoretical and Empirical Problems*, in «Social Science Medicine», vol. 32, n. 4, 367-371.
- Vannoni, F. (2004) *Gli stili di vita*, in «Epidemiologia e prevenzione», vol. 28, n. 3, pp. 64-75.
- , Landriscina, T. e altri (2008a) *Le disuguaglianze sociali nell'abitudine al fumo*, in Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2008), pp. 46-46.
- , Landriscina, T. e altri (2008b) *Le disuguaglianze sociali negli stili di vita*, in Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2008), pp. 66-68.
- Vineis P., Ingrosso M. e altri (2007) *Sociologia e medicina*, in «Rassegna italiana di sociologia», vol. 48, n. 1, pp. 119-140.
- Wadsworth, M.E. (1997) *Health Inequalities in the Life Course Perspective*, in «Social Science and Medicine», vol. 44, n. 6, pp. 859-869.
- Walster, E., Berscheid, E. e Walster, G.W. (1976) *New Directions in Equity Research*, in L. Berkowitz (a cura di), *Advances in Experimental Social Psychology*, New York, Academic Press.
- West, P. (1991) *Rethinking the Health Selection Explanation for Health Inequalities*, in «Social Science and Medicine», vol. 32, n. 4, pp. 373-84.
- Wilkinson, R.G. (1996) *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, London, Routledge.